

**CCC-501A** U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE  
(12-14-99) Commodity Credit Corporation

**INFORMACIÓN SOBRE EL MIEMBRO**

1. AÑO DEL PROGRAMA

2. CONDADO Y ESTADO

**NOTA:** Las siguientes declaraciones se realizan de conformidad con la Ley de Privacidad (Privacy Act) de 1974 (5 USC 552a) y la Ley de Reducción de Trámites Burocráticos (Paperwork Reduction Act) de 1995, como enmendadas. La Ley de Agricultura (Agriculture Act) de 1949, como enmendada, y la Ley de Seguridad de Alimentos (Food Security Act) de 1985, como enmendadas, autorizan la recogida de datos en este formulario que se utilizarán para aplicar la elegibilidad para pagos estatutarios y las provisiones de limitaciones. La información puede brindarse voluntariamente. Sin embargo, sin ella, es posible que no podamos establecer su elegibilidad máxima para pagos. Estos datos pueden proporcionarse a cualquier agencia responsable de aplicar estas disposiciones.

Según la Ley de Reducción de Trámites Burocráticos de 1995 (Paperwork Reduction Act), una agencia no puede realizar o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recogida de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recogida de información es 0560-0096. El tiempo necesario para completar esta recogida de información se estima entre 20 minutos y 1 hora por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recogida de información. **POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO COMPLETADO A LA OFICINA FSA DE SU CONDADO.**

**PARTE A - Para cada persona o entidad miembro de esta entidad, escriba el nombre, número de seguro social/identificación de empleador, dirección y porcentaje de participación. Si un miembro tiene ambos tipos de n° de identificación, escriba ambos.**

**NOMBRE DE LA ENTIDAD** \_\_\_\_\_

3. NOMBRE DEL MIEMBRO	4. N° DE SEGURO SOCIAL / IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR	5. DIRECCIÓN	6. PARTICIPACIÓN
			%
			%
			%
			%
			%

**PARTE B - Entidades asociadas:** Para cualquier miembro en el Punto A, que sea una entidad, escriba el nombre y la información solicitada para cada miembro de la entidad. Si un miembro tiene ambos tipos de identificación, escriba ambos. Si hay más de un miembro en el Punto A como entidad, proporcione la información solicitada para cada entidad en hojas adicionales.

**NOMBRE DE LA ENTIDAD ASOCIADA** \_\_\_\_\_

7. NOMBRE DEL MIEMBRO	8. N° DE SEGURO SOCIAL / IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR	9. DIRECCIÓN	10. PARTICIPACIÓN
			%
			%
			%
			%
			%

**PARTE C - Entidades asociadas:** Para cualquier miembro en el Punto B, que sea una entidad, escriba el nombre y la información solicitada para cada miembro de la entidad. Si un miembro tiene ambos tipos de identificación, escriba ambos. Si hay más de un miembro en el Punto B como entidad, proporcione la información solicitada para cada entidad en hojas adicionales.

**NOMBRE DE LA ENTIDAD ASOCIADA** \_\_\_\_\_

11. NOMBRE DEL MIEMBRO	12. N° DE SEGURO SOCIAL / IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR	13. DIRECCIÓN	14. PARTICIPACIÓN
			%
			%
			%
			%
			%

**PARTE D - Entidades asociadas:** Para cualquier miembro en el Punto C, que sea una entidad, escriba el nombre y la información solicitada para cada miembro de la entidad. Si un miembro tiene ambos tipos de identificación, escriba ambos. Si hay más de un miembro en el Punto C como entidad, proporcione la información solicitada para cada entidad en hojas adicionales.

**NOMBRE DE LA ENTIDAD ASOCIADA** \_\_\_\_\_

15. NOMBRE DEL MIEMBRO	16. N° DE SEGURO SOCIAL / IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR	17. DIRECCIÓN	18. PARTICIPACIÓN
			%
			%
			%
			%
			%

**PARTE E - Entidades asociadas:** Para cualquier miembro en el Punto D, que sea una entidad, escriba el nombre y la información solicitada para cada miembro de la entidad. Si un miembro tiene ambos tipos de identificación, escriba ambos. Si hay más de un miembro en el Punto D como entidad, proporcione la información solicitada para cada entidad en hojas adicionales.

**NOMBRE DE LA ENTIDAD ASOCIADA** \_\_\_\_\_

19. NOMBRE DEL MIEMBRO	20. N° DE SEGURO SOCIAL / IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR	21. DIRECCIÓN	22. PARTICIPACIÓN
			%
			%
			%
			%
			%

**PARTE F- Escriba la siguiente información para una persona que tenga más del 50 por ciento de participación en otra entidad.**

**NOMBRE DE LA ENTIDAD** \_\_\_\_\_

23. NOMBRE DEL MIEMBRO	24. N° DE SEGURO SOCIAL / IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR	25. DIRECCIÓN	26. PARTICIPACIÓN
			%
			%

**NOMBRE DE LA ENTIDAD** \_\_\_\_\_

27. NOMBRE DEL MIEMBRO	28. N° DE SEGURO SOCIAL / IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR	29. DIRECCIÓN	30. PARTICIPACIÓN
			%
			%

**PARTE G- CERTIFICACIÓN**

*Certifico que toda la información incluida en este documento y todo documento adjunto es cierta y correcta. Entiendo que el proporcionar información incorrecta dará como resultado la cancelación de pagos y la imposición de una multa. Proporcionaré aviso escrito con prontitud a los comités de Farm Service Agency para el condado y el estado indicados en este formulario, sobre cualquier cambio en esta operación de granja.*

31. FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA ENTIDAD DE PAGO	32. CARGO	33. FECHA (MM-DD-AAAA)
---	-----------	------------------------